

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**Conocimientos sobre anemia ferropénica que tienen las
madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de
Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017.**

Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autor:

Panta Bruno, Amanda Gabriela

Asesor:

Dra. Arrestegui Alcántara, Juana Elsy

Sullana- Perú

2017

Palabras clave:

Español

Tema:	Conocimientos Anemia Ferropénica
Especialidad	Enfermería

English

Theme	Knowledge Ferropenic anemia
Specialty	Nursing

Línea de investigación

Salud Pública

**Conocimientos sobre anemia ferropénica que tienen las
madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de
Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017.**

DERECHO DE AUTOR

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de la autora en el **DECRETO LEGISLATIVO 822** de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las **precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.**

Atentamente.

Bach. Enf. Panta Bruno, Amanda Gabriela

PRESENTACIÓN

En el desarrollo de las actividades académicas para la formación profesional de los estudiantes de la carrera Profesional de Enfermería, se encuentra la de realizar trabajos de investigación a nivel de pre grado con el propósito de obtener el título Profesional, en tal sentido, ponemos a disposición de todos los miembros de la comunidad universitaria y extrauniversitaria el presente informe de investigación titulado: **Conocimientos sobre anemia ferropénica que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017**. El presente informe de investigación cumple con los requisitos exigidos por el reglamento de grados y títulos de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad San Pedro. En este informe, en la primera parte de Introducción se muestra los antecedentes relacionados con las variables de estudio, base científica, justificación, planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, definición y operacionalización de las variables; en el segunda parte de metodología se expone el tipo y método de investigación, área de estudio, población, muestra, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, plan de procesamiento; en la tercera parte de resultados, se expone los resultados tabulados estadísticamente y agrupados en tablas simples y de doble entrada, en la cuarta parte de Análisis y discusión, se expone el análisis e interpretación de datos con los antecedentes considerados, en la quinta parte corresponde a conclusiones y recomendaciones y por último se presenta las referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

INDICE

PALABRAS CLAVES	ii
LINEA DE INVESTIGACION	iii
TITULO	iv
DERECHO DE AUTORIA	v
PRESENTACION	vi
INDICE	vii
TABLAS	viii
GRAFICOS	x
RESUMEN	xii
ABSTRAC	xiii
1. INTRODUCCION	1-19
2. METODOLOGIA	20-23
3. RESULTADOS	24-45
4. ANALISIS Y DISCUSION	46-47
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48-49
DEDICATORIA	50
AGRADECIMIENTO	51
REFERENCIAS	52-54
ANEXOS	55-60

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01	Edad de las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017
TABLA N° 02	Grado de Instrucción de las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017
TABLA N° 03	Estado Civil de las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017
TABLA N° 04	Ocupación de las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017
TABLA N° 05	Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017
TABLA N° 06	Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según Dimensión: medidas preventivas que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017
TABLA N° 07	Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según Dimensión: Diagnóstico y tratamiento que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017
TABLA N° 08	Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según Dimensión: Consecuencias que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

TABLA N° 09	Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según Dimensiones que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017	38
TABLA N° 10	Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según Edad que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017	40
TABLA N° 11	Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según grado de instrucción que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017	43

INDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
FIGURA N° 01	Edad de las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017	25
FIGURA N° 02	Grado de Instrucción de las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017	27
FIGURA N° 03	Estado Civil de las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017	29
FIGURA N° 04	Ocupación de las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017	30
FIGURA N° 05	Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017	31
FIGURA N° 6	Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según Dimensión: medidas preventivas que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017	33
FIGURA N° 7	Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según Dimensión: Diagnóstico y tratamiento que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017	35
FIGURA N° 8	Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según Dimensión: Consecuencias que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017	37

FIGURA N° 9	Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según Dimensiones que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017	39
FIGURA N° 10	Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según Edad que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017	42
FIGURA N° 11	Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según grado de instrucción que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017	45

RESUMEN

La presente investigación se realizó, con el **Objetivo:** Determinar el nivel de conocimientos que sobre la anemia ferropénica tienen las madres de niños de 6-24 meses que acuden al Centro de Salud de Nueve de Octubre-Sullana diciembre 2016 – abril 2017. **Metodología:** El método de investigación de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. La muestra fue de 38 madres. La técnica utilizado fue la Encuesta, y el instrumento, el Cuestionario elaborado, validado y utilizado por Márquez León, J. el 2007 y aplicado por Pérez Ramos Viviana el 2014, adaptada por la autora del presente estudio. Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS versión 20. **Resultados:** La población en estudio, el 39,5% tienen más de 30 años de edad, el grado de instrucción el 47,4% tienen secundaria incompleta, el 18,4% la mitad son convivientes y son amas de casa. El nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica que tienen las madres de niños de 6 a 24 meses de edad, es alto el 57,9%, medio el 31,6% y bajo. Las variables guardan relación entre sí, según la prueba estadística de chi cuadrado alcanzando una frecuencia inferior a cinco. Según la hipótesis planteada, no guarda relación con los obtenidos que son de alto a medio. **Conclusiones:** el nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica que tienen las madres de los niños/as de 6 a 24 meses de edad, para el 57,9% alto, el 31,6% medio y el 10,5% bajo.

Palabras claves: conocimientos – anemia ferropénica.

ABSTRACT

The present investigation was carried out, with the **objective** of this study was to determine the level of knowledge about iron deficiency anemia among mothers of children aged 6-24 months who come to the Nine-October- Sullana, Health Center from December 2016 to April 2017. **Methology:** The research method of quantitative approach, descriptive, transverse and retrospective. The sample was 38 mothers. The technique used was the Survey, and the instrument, the questionnaire elaborated, validated and used by Márquez León, J. in 2007 and applied by Pérez Ramos Viviana in 2014, adapted by the author of the present study. **Results:** The population under study, 39.5% are over 30 years of age, the educational level 47.4% have incomplete secondary education, 18.4% Half are co-workers and are housewives. The level of knowledge about ferropenic anemia in mothers of children aged 6 to 24 months is high at 57.9%, medium at 31.6% and low. According to the dimensions the level of knowledge about anemia we have: Dimension preventive measures 57.9% is high, 31.6% average and 10.5% low. Dimension Diagnosis and treatment, 57.9% is medium, 36.8% high and 5.3% low. Dimension consequences of anemia were 60.5% average, 34.2% high and 5.3% low. The variables are related to each other, according to the statistical test of chi cudrado reaching a frequency less than five. According to the proposed hypothesis, it is not related to those obtained from high to medium. **Conclusions:** the level of knowledge about ferropenic anemia in children aged 6 to 24 months, for 57.9% high, 31.6% mean and 10.5% low.

Key words: knowledge - ferropenic anemia.

1. INTRODUCCIÓN

1.1.ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

1.1.1 Antecedentes

Pérez, V. (2015) *Nivel de Conocimiento sobre anemia ferropénica de las madres con niños de 6 a 36 meses. Centro de Salud Chiriaco. Bagua. 2015. Chachapoyas. Perú.* La presente investigación fue de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, de tipo: observacional, prospectivo, transversal, de análisis estadístico univariado. Cuyo objetivo fue: Determinar el nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica de las madres de niños de 6 meses a 36 meses. Centro de Salud de Chiriaco- Bagua, Amazonas 2015; la muestra estuvo constituida por 108 madres, los datos fueron recolectados a través de una prueba de conocimiento, cuya validez del instrumento fue $VC = 6.7 > VT = 1.6449$ y una confiabilidad por alfa de Cronbach cuyo valor fue de 0.7; el análisis de datos se realizó mediante la estadística descriptiva de frecuencias. Los resultados evidencian que del 100% (108) de madres, el 74% (80) tienen un conocimiento de nivel bajo; el 20.4% (22) de nivel medio y el 5.6% (6) de nivel alto. Con respecto al diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica el 61,1 % tuvieron un conocimiento de nivel bajo. En conclusión la mayoría de las madres tienen un conocimiento de nivel bajo sobre la anemia ferropénica.

Unigarro, A.(2009- 2010) *Conocimientos, aptitudes y prácticas de las madres acerca de la anemia por deficiencia de hierro en Niños de 5 a 12 años de edad que acuden al Servicio de consulta externa del hospital Básico san Gabriel de la ciudad de san Gabriel, provincia del Carchi, Periodo 2009-2010, Ecuador.* Los resultados fueron: un 94.7% conocen acerca de la anemia, mientras que un 5.26% dicen no conocer, sin embargo el 60% de las madres manifiestan que la mayor causa de presencia de anemia en los niños es la mala alimentación, mientras que el 18 % por desconocimiento de esta, el 1 ~ % por falta de recursos económicos, el 5 % por falta de control médico y el 3 % todas las anteriores, es decir que la mayoría de las madres piensan que la mala alimentación es la principal causa de anemia en los niños.

Céspedes, S. (2010) *Conocimiento sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses. Centro de Salud Materno Infantil tablada de Lurín 2010*. Los resultados fueron el 40 % (40) de las madres presentan un conocimiento "medio" sobre la anemia ferropénica, 31% (31) un conocimiento "bajo" y el 29 % (29) que presenta un conocimiento "alto". En relación a las causas de la anemia el 42 % (42) sabe que era por el consumo de pocos alimentos ricos en hierro y el 58% (58) no saben.

Márquez, J. (2008) *Nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica tienen las madres de niños de 1-12 meses que acuden al Centro de Salud de Micaela Bastidas 2007. Lima. Perú*. Los resultados fueron 112 (100%), 77 (68.75%) de madres, tienen un conocimiento medio sobre las medidas preventivas de la anemia, exponiendo a sus hijos a esta enfermedad debido a la desinformación para prevenirla. De 112 (100%) de madres, 74 (66.07%), tienen un conocimiento medio sobre el diagnóstico y a tratamiento de la anemia, lo que no garantiza un tratamiento oportuno y limitación del daño. Del (100%) de madres, 97 (84.82%) (Suma del conocimiento medio y bajo), tienen conocimiento medio a bajo sobre las consecuencias de la anemia, exponiendo la salud presente y futura de sus niños, en diferentes áreas, sobre todo al daño en el sistema nervioso. Las conclusiones fueron: De 112 madres que son el 100%, 70 (62.5%) de madres, tienen un nivel de conocimientos medio sobre la anemia ferropénica, lo que estaría limitando que las madres tomen una conducta acertada del cuidado de sus hijos frente a la anemia.

Espinoza, T. y Cols (2005) *Relación entre prevalencia de desnutrición y anemia ferropénica en menores de 14 años de la comunidad Santa María Baja, Carapongo, Chosica, 2005. Lima. Perú*. Estudio descriptivo de corte transversal. Se utilizó el microhematócrito para discriminar prevalencia anemia ferropénica y evaluación antropométrica para prevalencia de desnutrición. Los resultados en los menores de 14 años, 11.7% tuvo desnutrición global y 71.7% desnutrición crónica, de los cuales 36.6% era de sexo femenino y 61.6% en edad escolar; 71.7% presentó anemia, con mayor prevalencia en el sexo femenino (38.3%) y en edad escolar (55%); 56,7%(34) presentaron desnutrición crónica y anemia concomitantemente. Aplicando el χ^2 con error de 0.05, se encontró que hubo correlación entre las variables estudiada. Las conclusiones: La mayoría de niños presenta simultáneamente desnutrición crónica y

anemia ferropénica, con mayor prevalencia en el sexo femenino y en la edad escolar. Existe correlación significativa entre la presencia de desnutrición y anemia ferropénica en la población estudiada.

1.1.2 Fundamentación científica

Base teórica.

1.1.2.1 CONOCIMIENTOS

El conocimiento es el cúmulo de información que la especie humana ha ido adquiriendo sobre la naturaleza y sobre sí misma, hay varios tipos de conocimientos uno de ellos es el conocimiento vulgar, no es explícitamente sistemático ni crítico; sin embargo, es un conocimiento completo y se encuentra listo para su utilización inmediata; mientras que el conocimiento científico se centra en el qué de las cosas procurando la demostración a través de la comprobación de los fenómenos en forma sistemática (Abarca, 2010).

Mario Bunge define al conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolos en conocimiento científico, ordinario o vulgar, También exige que este tipo de conocimiento sea racional, sistemático, exacto, verificable y fiable (Manrique, 2011).

- **Tipos de conocimiento (Cegarra, 2004).**

- El conocimiento empírico: Se define como el conocimiento basado en la experiencia y en la percepción, que todo hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se le presenta en la vida, adquirido muchas veces por instintos y no pensamiento fundamentado donde todo conocimiento que se genera no implica a la ciencia o leyes.
- El conocimiento científico: Es crítico, trasciende los hechos, es racionalista, explica los hechos mediante principios básicos, (leyes fundamentales) y sistemas de hipótesis (teorías), es claro y preciso, sistemático y metódico, verificable, requiere de análisis, es explicativo y predictivo.
- El conocimiento filosófico: Busca el porqué de los fenómenos y se basa fundamentalmente en la reflexión sistemática para descubrir y explicar, se asemeja bastante al conocimiento científico; puesto que la reflexión racional, añade un carácter sistemático y crítico (Nieto, 2010).

- **Dimensiones del análisis del conocimiento:**

Existen dos dimensiones, la epistemológica y la ontológica:

- **Conocimiento epistemológico:** Hace referencia a la naturaleza del conocimiento, el cual puede categorizarse en tácito y explícito (Riesco, 2006).

El conocimiento tácito es el conocimiento implícito en cada persona no está codificado y es difícil de difundir; es vital para las organizaciones porque solo pueden aprender e innovar sustentadas en el conocimiento implícito de sus miembros. Incluye tanto el "know-how", como los modelos mentales, creencias y percepciones subjetivas.

El conocimiento explícito es el conocimiento que se puede expresar formalmente porque está codificado y se difunde con facilidad. Se basa en objetos cuando está codificado con palabras, números, equipos, modelos, etc. y se basa en reglas cuando se codifica en rutinas o procedimientos.

- **Conocimiento ontológico:** Son las fuentes y ubicación del conocimiento: individuos, grupos y organizaciones y contexto. (Riesco, 2006).

- **Niveles de Conocimiento**

- **Nivel de conocimiento alto:** Facultad de conocer, entender y comprender sobre la anemia ferropénica, causas, signos y síntomas, como se diagnostica, como prevenir y las consecuencias que puede ocasionar en los niños.
- **Nivel de conocimiento medio:** Acción de conocer sobre la anemia ferropénica, pero solo algunos aspectos de manera adecuada.
- **Nivel de conocimiento bajo:** Acción de no conocer algunos aspectos sobre anemia ferropénica y tienen dificultad para comprender y analizar de manera adecuada

1.1.2.2 ANEMIA FERROPENICA

- **Definición (MINSA, 2015).**

Es la baja concentración de hemoglobina en la sangre.

- **Anemia ferropénica (Pérez, 2011)**

Se define como el descenso de la concentración de la hemoglobina, hematocrito o número de glóbulos rojos por milímetros cúbicos en sangre. Según la OMS, se estima que el 24.8% de la población padece anemia, en su mayoría causada por una deficiencia de hierro. Afecta fundamentalmente a lactantes, preescolares; adolescentes, mujeres en edad fértil y mujeres embarazadas. Es la deficiencia de hierro que puede ser el resultado de un aporte inadecuado de hierro en la dieta de una insuficiente absorción en el aparato digestivo o de hemorragia crónica. El hierro forma parte del corazón de la hemoglobina siendo elemento clave en la unión de esta proteína al oxígeno.

- **Epidemiología.**

Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), la anemia en el Perú en niñas y niños de 6 a 35 meses desde el año 2000 presento una caída de 19.3 puntos porcentuales en 11 años, pasando de 60.9% a 41.6% en ~1 año 2011, sin embargo desde el 2011 y contrario a la tendencia anterior las cifras se han incrementado paulatinamente hasta llegar a 46.4% en el año 2013 (MINSA, 2015).

Según la OMS más de dos mil millones de personas son anémicas Es más frecuente en el Sur de Asia y en África, con la más alta prevalencia en África Occidental , estas dos regiones representan más del 40% de todos los casos. La prevalencia de anemia es mayor en mujeres embarazadas y niños de 1- 5 años de edad comúnmente 50- 60% son anémicos en los países en desarrollo y 10- 20% en los industrializados.

“La OPS-OMS indica que en el continente americano aproximadamente 94 millones de personas sufren de anemia ferropénica, en Caribe 60% la prevalencia en embarazadas, Ecuador notificó una prevalencia de 70% en niños de 6- 12 meses y 45 % en niños de 12- 24 meses, Cuba 64% en niños de 1-3 años, Argentina 55% en niños de 9- 24 meses, México de 50.7% en niños de 6-36 meses. Todos los estudios indican que la población más afectada es R. N. de bajo peso, menores de 2 años y mujeres embarazadas” Rebosio, Pérez (2005)

- **Clasificación (OMS 2012).**

- Anemia leve: hemoglobina mayor de 10 g/dl.
- Anemia moderada: hemoglobina entre 8-10 g/dl.
- Anemia severa: hemoglobina menor de 8 g/dl.

El hierro es un mineral pese a que se encuentra en cantidades muy pequeñas, es importante para la hematopoyesis, forma parte de la hemoglobina y es fundamental en el transporte de oxígeno a las células. Desempeña una función básica en el transporte y almacenamiento de oxígeno a los tejidos y órganos, así como en los procesos de respiración celular. También forma parte de la mioglobina de los músculos y de diversas enzimas participando en diversas fases del metabolismo.

El hierro actúa como cofactor de varias enzimas claves para la síntesis de neurotransmisores en el sistema nervioso central. Asimismo participa en reacciones de transferencia de energía dentro de la célula, y síntesis del ácido desoxirribonucleico. Es posible que una menor disponibilidad de hierro libre para estos procesos se traduzca en alteraciones funcionales. Se conoce que la deficiencia de hierro, aún sin presentar anemia, tiene consecuencias funcionales negativas en la salud de las personas.

La deficiencia de hierro en la mujer de edad reproductiva aumenta los peligros asociados con las complicaciones del embarazo, tales como prematuridad y bajo peso al nacer, lo cual hace que estos niños comiencen la vida con reservas de hierro disminuidas, los diferentes componentes de hierro corporal se dividen en: el hierro esencial que se encuentra en la hemoglobina, mioglobina, citocromos, y las enzimas celulares en las mitocondrias y el hierro de reserva que se encuentra en la forma de ferritina, hemosiderina en el hígado, médula ósea, bazo, ganglios linfáticos y sangre y la transferina (proteína de transporte que se encuentra en la sangre).

La absorción del hierro se da en las primeras porciones del intestino, en particular a nivel del duodeno, estas representan las dos formas principales de hierro, denominadas hierro no-hem y hierro hem. El hierro hem se absorbe

directamente y sólo está influido por la presencia de carnes y calcio. La absorción de este es regulada por el estado de hierro en el organismo. El hierro no –hem se encuentra presente en los cereales, leguminosas y verduras, y su porcentaje de absorción es mucho menor que el hem y está regulado principalmente por los factores dietéticos y fisiológicos. Los individuos en cualquier estadio del déficit de hierro tienen un mayor porcentaje de absorción. Los factores dietéticos que influyen sobre la absorción del hierro no hem tienen que ver con la presencia de elementos inhibidores y potenciadores.

Entre los agentes inhibidores, podemos mencionar al ácido fítico presente en los cereales y leguminosas, los taninos presentes en las hojas de té y ciertas hojas forraceas y pectinas abundante en ciertos frutos que forman complejos insolubles con el hierro y no permiten su absorción. El huevo, la leche y el queso no permiten una absorción óptima del hierro no-hem, el primero porque forma complejos fosfatados y los segundos porque existe un proceso competitivo entre el calcio y el hierro.

- **Etapas de la anemia ferropénica o por deficiencia de hierro (Baiocchi, 2006)**

La anemia por deficiencia de hierro se desarrolla en tres etapas:

- Depleción del hierro almacenado: Está caracterizada por la ausencia de las reservas de hierro además de no existir aún pérdidas del hierro funcional circulante; por lo tanto, esta etapa no está asociada con ninguna consecuencia adversa fisiológica.
- Deficiencia de hierro funcional temprana o deficiencia de hierro por eritropoyesis insuficiente: Durante esta etapa, la cantidad de suministro de hierro a la médula ósea y otros tejidos es inadecuada. Como la concentración de hemoglobina no se encuentra bajo los niveles normales, esta etapa es también considerada como una deficiencia de hierro sin anemia. La concentración de hierro puede ser determinada con la medición de la saturación de la transferina sérica. La principal proteína responsable del transporte de hierro en el plasma.
- Anemia por deficiencia de hierro: Donde la falta de hierro provoca una disminución significativa de la concentración de hemoglobina circulante y

la formación de eritrocitos pequeños. Esta etapa puede ser diagnosticada en base a la concentración de hemoglobina menor al punto de corte.

- **Etiología y Factores de Riesgo**

- a. Deficiencia de hierro: es la principal causa de anemia infantil, el aporte dietario inadecuado por una dieta con bajo contenido de hierro y/o de pobre biodisponibilidad (predominante en inhibidores de la absorción de hierro y con un bajo contenido de hierro hem).
- b. Ingesta insuficiente de hierro durante el embarazo.
- c. Aumento de requerimientos debido al crecimiento, sobre todo en el menor de dos años.
- d. Niños prematuros y/o de bajo peso al nacer, ya que nacen con menor depósitos de hierro.
- e. Niños de 6 meses a 24 meses debido al crecimiento rápido y al déficit de hierro en la dieta.
- f. Niños de estratos socioeconómicos bajos.
- g. Parasitosis Intestinal: uncinarias, amebas, guardias son una de las causas que ocasionan pérdidas de hierro.
- h. La biodisponibilidad de la leche o fórmula utilizada es importante ya que el porcentaje absorbido es pobre si ella no está enriquecida, la absorción será mínima.

En el caso del hierro, se considera que la leche materna, aún de madres anémicas, cubre las necesidades de los niños sanos, nacidos a término, hasta los 4 meses de edad. De hecho varios estudios han indicado que los niños amamantados en forma exclusiva entran en un balance negativo de hierro entre el cuarto y sexto mes de edad y que sus reservas de hierro están exhaustas a los nueve meses.

- **Signos y síntomas:**

Las manifestaciones son las propias de la anemia. Dado que en la deficiencia de hierro de origen nutricional la anemia es habitualmente de carácter leve, los síntomas son poco evidentes existe palidez de piel y mucosas, disminución de la capacidad del trabajo físico y manifestaciones no hematológicas debidas al mal

funcionamiento de enzimas dependientes del hierro, irritable, poco interesado en el medio e inapetente, en especial frente a los alimentos sólidos.

En los lactantes anémicos se han observado una reducción de los coeficientes de desarrollo motor y mental, que no es recuperable con la terapia con hierro, aún más en estos niños existe una disminución leve del coeficiente intelectual a los 5 a 6 años, de edad a pesar de la recuperación de la anemia, persistiendo incluso algún grado de déficit en la edad escolar.

- **Diagnostico**

Realizar primeramente una exhaustiva Historia Clínica, la cual nos permite conocer la existencia o no de antecedentes importantes como factores de riesgo de anemia, asimismo obtenemos información acerca de los hábitos alimenticios del niño y de la familia, realizar el examen físico que nos revelar los síntomas clínicos, así como las manifestaciones conductuales que pueda presentar el pequeño.

Solicitar los exámenes de laboratorio hemoglobina y hematocrito, la medición de concentración de hemoglobina en sangre es el método más conveniente para identificar a la población anémica. Esta medición, sin embargo, tiene limitada especificación, ya que no distingue entre la anemia ferropénica y la anemia debido a infecciones crónicas por ejemplo. Su sensibilidad es también dada la clara superposición de valores normales en poblaciones hierro deficiente. La distribución normal de la concentración de hemoglobina, en la sangre varía con la edad, sexo, embarazo y especialmente con la altitud residencia del sujeto. Entre mediciones suelen ser suficientes ya que su dopaje costo. Se puede medir ya sea en un hemoglobinómetro o en un espectrofotómetro. Se recomienda la técnica de cianometahemoglobina, debe tomarse en cuenta la corrección por altitud cuando se determine la concentración de hemoglobina en poblaciones de altura.

Para niños menor de 5 años niveles de hemoglobina y hematocrito por debajo de los cuales se considera que existe anemia, la hemoglobina es menor de 11gr/dl, hematocrito menos que 33% . Hematocrito es más simple de ejecutar por el

personal de salud, pero su sensibilidad para detectar anemia es menor que con hemoglobina.

Obtener información acerca de los hábitos alimentarios del niño y de la familia. Realizar el examen físico, que nos revelará los síntomas y signos clínicos, así como las manifestaciones conductuales que pueda presentar el pequeño. Examen de heces, examen de orina, así como prueba más específicas como hierro sérico, ferritina sérica e índice de saturación de transferinas. (WONG, DONNA 2005)

- **Tratamiento de la Anemia Ferropénica**

Indicaciones para el inicio de la suplementación con hierro: (Suplementación preventiva con hierro en las niñas y niños menores de tres años. 2012)

- Las niñas y niños nacidos a término y con peso adecuado para la edad gestacional, deben recibir suplementación con hierro, desde los 6 meses de edad.
- Las niñas y niños nacidos con bajo peso y prematuros deben recibir suplementación con hierro desde el primer mes de edad y continuar al cumplir (los 6 meses, de acuerdo al esquema de suplementación de niñas y niños nacidos a término y con peso adecuado para su edad gestacional.
- Las niñas y niños desde 6 hasta los 35 meses de edad con niveles de hemoglobina igual o mayor de 11 g/dl.
- Las niñas y niños captados después de los 6 meses deben recibir suplementación preventiva con hierro, en cualquier momento, hasta los 35 meses de edad, durante 6 meses continuos anualmente.
- Si los niveles de hemoglobina son menores a 11 gr/dl, la niña o niño debe ser referido a un establecimiento de salud con capacidad para manejo clínico de anemia ferropénica en niñas y niños menores de tres años.
- El dosaje de hemoglobina, no es una condición indispensable para iniciar la suplementación preventiva con hierro en las niñas y niños menores de tres años.

Dieta

La deficiencia de hierro puede ser prevenida mediante el incremento del contenido del hierro en la dieta o mejorando la absorción de este elemento, al

consumir alimentos ricos en hierro hemínico, como carnes y sangre; también consumiendo alimentos ricos en vitamina C y disminuyendo el consumo de té y café en comidas.

Alimentos con fuentes de hierro:

- Clase A: los alimentos de alto aporte de hierro. Entre ellos tenemos: bazo, sangrecita (pollo, res, etc.), hígado de pollo o res, riñón, bofe, mollejas, corazón de res, carne de res.
- Clase B: Los alimentos de aporte medio de hierro. Entre ellos tenemos: garbanzos, harina de soya, habas secas, lentejas, frijoles, kiwicha, quinua, morón de cebada, pollo, chanco, pescado.
- Clase C: Los alimentos de aporte bajo de hierro. Entre ellos tenemos: hierbabuena, perejil, albahaca, culantro, espinaca, frejol verde, acelga, habas frescas, arvejas frescas, ají amarillo.

Esquema de suplementación (Suplementación preventiva con hierro en las niñas y niños menores de tres años. 2015)

- Tratamiento con hierro para niñas y niños menores de 6 meses con anemia: 3 mg/kg: g/día de sulfato ferroso en gotas o hierro polimaltosado en gotas~ administrar hasta que la niña o niño comience a consumir alimentos (6 meses).
- Tratamiento con micronutrientes y hierro para niños y niñas de 6 a 35 meses de grado leve y moderado: administración diaria de micronutrientes en polvo por 12 meses.

Puntos de corte para determinar tipo de anemia en niños menores de cinco años. (Suplementación preventiva con hierro en las niñas y niños menores de tres años. 2015)

TIPOS DE ANEMIA	PUNTO DE CORTE (NIVEL DE HEMOGLOBINA G/DL)
Anemia Severa	Menor de 8 gr/dl
Anemia Moderada	Entre 8 – 10 gr/dl
Anemia Leve	Mayor de 10 gr/dl

- **Prevención de la Anemia Ferropénica**

- Promoción de la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida.
- Ablactancia adecuada la que debe empezar a partir de los 6 meses de edad, la leche materna sola no es suficiente y es necesario complementarla con otros alimentos, siendo recomendable introducir alimentos semisólidos en la dieta del niño. Además de los nutrientes que esos alimentos pueden proporcionar, esta práctica enseñará al niño a comer alimentos con diferentes texturas, consistencias y sabores.

Se debe evitar la administración prematura de alimentos a niños amamantados, para evitar que sustituyan la leche materna, además, es importante insistir en que los alimentos semisólidos se deben considerar como complementarios a la leche humana, y que su introducción en la dieta no implica que se deba discontinuar la lactancia materna. Esta puede continuar hasta los 12 o más meses de edad, dependiendo del entorno cultural y familiar del niño.

Las preparaciones apropiadas son mazamorra espesas o purés que contiene una densidad energética mínima de 0.8 a 1.0 Kcal/gr con este tipo de preparación el niño puede cubrir sus requerimientos energéticos comiendo de 4 a 5 veces al día, además de la leche materna.

La combinación de alimentos que se usa es importante, los alimentos de fuente animal contienen proteínas de mayor calidad en cuanto a su composición de amino-ácidos y a la digestibilidad de la misma, además aportan micronutrientes.

Las deficiencias de amino-ácidos de alimentos vegetales se pueden mejorar con la combinación adecuada, como por ejemplo combinando un cereal con una leguminosa. Sin embargo para los niños es importante incluir producto animal a fin de asegurar un adecuado crecimiento.

La relación de energía a proteína y la composición de las vitaminas y minerales, conocidas como “la calidad” de la dieta, es especialmente crítica en esta etapa, se recomienda que un mínimo de 10% de la energía provenga de la proteína,

para que haya un uso óptimo de la proteína y sea suficiente para el crecimiento. Si la cantidad de proteína es muy alta (mayor 15% por ejemplo), el organismo lo utilizará para generar energía y no para su función proteica.

La grasa es otro importante elemento en la dieta y permite aumentar el contenido de energía sin aumentar el volumen. En preparaciones caseras, la adición de una cucharadita de aceite o margarina a la porción de puré para el niño contribuye a ello.

1.1.2.3 TEORIA DE ENFERMERIA

- **Teoría transcultural de Madeleine Leininger.**

La teoría de la universalidad y diversidad del cuidado cultural, de Madeleine Leininger ha definido la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y/o una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

De acuerdo a Leininger correspondería a: "conocimiento, actos y decisiones de cuidado culturalmente basadas, usadas en formas sensibles y reconocibles para ajustar apropiada y significativamente los valores, creencias y estilos de vida de los pacientes para su salud y bienestar, o para prevenir enfermedad, discapacidades o muerte (Ramos, 2011).

- **Teorías del cambio de comportamiento**

La creación de programas educativos nutricionales, requiere de conocer conceptos y teorías relacionadas al proceso de educación sanitaria. Es así que actualmente, la educación nutricional se considera como un instrumento de intervención en el marco de la promoción de la salud, lo que facilita políticas de protección y utilización de recursos para que ese deseo de cambio de comportamiento a favor de la salud, estimulando por la educación, sea factible.

Las teorías del cambio de comportamiento, proporcionan una base para comprender e influir sobre el comportamiento humano en general; así mismo, ayuda a comprender la índole de los comportamientos a los que se quiere llegar en una variedad de técnicas, basadas en diferentes disciplinas, que permitan analizar los aspectos humanos y sociales; así como, diseñar soluciones específicas (Manrique, C, 2011).

- **El modelo de promoción de la Salud de Nola J. Pender.**

Define el objetivo del cuidado de la enfermería como la salud óptima de un individuo. Desarrolla la idea de que la promoción de una salud óptima; el cual es más importante que la prevención de enfermedades; además, identifica los factores cognitivos-perceptivos del individuo, así, como la importancia de las conductas que favorecen la salud y derrotan a los obstáculos, estos factores cambian según las características biológicas y demográficas, las influencias interpersonales, y los factores de situación y de conducta que ayudan a predecir la participación en la promoción de la salud (Marriner, 2007).

Según Pender, el modelo de promoción de la salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir, asumir un comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea. Si un niño observa que en su familia se consume alimentos salados, además de que permanentemente escucha decir a los padres que "de algo nos hemos de morir", "la sal sirve para hacernos fuertes", los niños y adolescentes interiorizan y asumen estos conocimientos para su vida presente y futura, y en consecuencia así se actúa y se asume la conducta no saludable (Giraldo, 2010).

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Siendo la anemia ferropénica un problema de gran magnitud a nivel mundial, según el ENDES 2000 uno de cada dos niños presentó anemia, siendo la prevalencia en 47% en niños de 9 – 24 meses en 4 áreas urbanas. Según el ENDES 2005 pese a la reducción de 49.6% a 46.2% en menores de 5 años la prevalencia de anemia se

mantiene alta. “Hay una gran brecha entre el conocimiento (a nivel familiar) y la motivación para resolver el problema. A corto así como a largo plazo, se necesitan de muchos esfuerzos para mejorar el conocimiento y practicas dietéticas, los trabajadores de salud podrían hacer muchísimo por combatir este debilitante, fatal azote a través de la comunicación y educación vigorosa de la comunidad”. Por ello Enfermería en la operativización de sus actividades dentro de la Estrategia Sanitaria Nacional De Crecimiento y Desarrollo, responsable como educadora de impartir conocimientos a las madres que motiven cambios en su conducta, frente a la anemia ferropénica, precisa entonces el conocimiento real de este problema, de esta manera que los resultados de la presente investigación puedan permitan a las enfermeras y a las autoridades del Centro de Salud, el conocimiento validado científicamente de la situación actual para así fortalecer la estrategia sanitaria nacional CRED y PREDEMI, con el fin de disminuir la prevalencia de la anemia ferropénica

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cual es el nivel de conocimientos sobre anemia ferropénica que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana Diciembre 2016 - Abril 2017

1.4 CONCEPTUALIZACION Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1.4.1 Conceptualización

CONOCIMIENTOS

Conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolos en conocimiento científico, ordinario o vulgar.

ANEMIA FERROPENICA.

Es la deficiencia de hierro que puede ser el resultado de un aporte inadecuado de hierro en la dieta de una insuficiente absorción en el aparato digestivo o de hemorragia crónica. El hierro forma parte del corazón de la hemoglobina siendo elemento clave en la unión de esta proteína al oxígeno.

Variables

Variable Independiente:

Conocimientos

Variable Dependiente:

Anemia Ferropenica

1.4.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES
Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses	Proceso mental por lo que las madres adquieren ideas, conceptos y principios de la realidad objetiva sobre anemia ferropénica.	<ul style="list-style-type: none"> Definición de la anemia. - Lactancia materna. - Ablactancia de alimentos ricos en hierro. - Fortificación con hierro. Diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica - Signos y síntomas. - Medición de diagnóstico Hb. Hto. - Causas de la anemia ferropénica. Consecuencias de la anemia ferropénica - Físicas. - Psicomotriz. - Intelectual. 	<p>Alto 8 a 12</p> <p>Medio 4 a 7</p> <p>Bajo 0 a 3</p> <p>Alto 12 a 16</p> <p>Medio 6 a 11</p> <p>Bajo 0 a 10</p> <p>Alto: 4</p> <p>Medio 2 a 3</p> <p>Bajo 0 a 1</p>

1.5 HIPÒTESIS

El nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana; es bajo.

1.6 OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el nivel de conocimientos sobre anemia ferropénica que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 - abril 2017.

Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica según dimensión, medida de prevención, que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 - abril 2017.
- Identificar el nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica según dimensión, diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica, que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 - abril 2017.
- Identificar el nivel de conocimientos sobre la anemia ferropénica según dimensión, Consecuencias de la anemia ferropénica, que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 - abril 2017.

2. METODOLOGIA

2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación estuvo guiado bajo el enfoque cuantitativo, dentro del cual tiene un carácter descriptivo; así mismo la investigación fue de corte transversal.

Es cuantitativo porque las variables a estudiadas se midieron mediante una escala numérica las variables del estudio.

Es descriptivo porque se describieron las variables tal y como se presentaron en la realidad y luego fueron analizadas, en este caso se describieron las variables.

Fue de corte transversal porque me permitió obtener información en un tiempo y espacio determinado.

2.2 ÁREA DE ESTUDIO:

Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana.

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población:

Estuvo constituida por un total de 42 madres con niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017.

Muestra: se utilizó la siguiente fórmula

$$= \frac{Z^2 p q N}{(N - 1) E^2 + Z^2 p q}$$

N: es el tamaño de la población.

α : es el valor del error 5% = **0.05**

Z= 1.96

p = probabilidad de éxito= **0.5**.

q= probabilidad de fracaso= **0.5**

n: es el tamaño de la muestra.

Reemplazando

$$\begin{array}{r} 3.84 \times 0.25 \times 42 \\ \hline 40.32 \\ 1.8 \\ \hline = 38.3 \end{array}$$

La muestra estuvo constituida por un total de 38 madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana.

Criterios de inclusión:

- Madres que pertenecieron a la jurisdicción del Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana.
- Madres que desean participar en esta investigación.

Criterios de exclusión:

- Madres de niños con enfermedades crónicas.
- Madres de niños de que no saben leer ni escribir.
- Madres que no deseen participar en el estudio.

2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica utilizado fue la Encuesta, y el instrumento, el Cuestionario elaborado, validado y utilizado por Márquez León, J. el 2007 y aplicado por Pérez Ramos Viviana el 2014. El valor de la validez del instrumento fue $VC = 6.7 > VT = 1.6449$ y una confiabilidad por alfa de Cronbach cuyo valor fue de 0.7, el instrumento tiene de 16 Ítems, cada pregunta con 3 posibilidades de respuestas múltiples elaborado en una escala dicotómica a, b, c; de la cuál una sola respuesta fue la verdadera. Donde $V = 2$; $F = 0$.

Para evaluar las dimensiones de las variables se tendrá en cuenta lo siguiente:

- **Dimensión, Medidas preventivas de la anemia ferropénica:**

Nivel de conocimiento Alto 7 - 9

Nivel de conocimiento Medio 4 - 6

Nivel de conocimiento Bajo 0 - 3

- **Dimensión, Diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica:**

Nivel de conocimiento Alto 13 – 18

Nivel de conocimiento Medio 7- 12

Nivel de conocimiento Bajo 0 – 6

- **Consecuencias de la anemia ferropénica en niños.**

Nivel de conocimiento Alto 5 - 6

Nivel de conocimiento Medio 3 – 4

Nivel de conocimiento Bajo 0 – 2

- **Como variable conocimiento:**

Nivel de conocimiento Alto 22 - 32

Nivel de conocimiento Medio 11 - 21

Nivel de conocimiento Bajo 0 – 10

2.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Parala recolección de datos se tomó en cuenta:

- Se solicitó permiso al Jefe del Centro de Salud para que permita aplicar el instrumento.
- La recolección de datos se realizó en el ambiente de espera al servicio de CRED.
- Se explicó a las madres sobre el contenido y propósito del instrumento de recolección de datos.
- Se aplicó el instrumento en el mes de febrero del presente año, en el horario de mañanas de lunes a sábado.

2.6 PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO

Principio de Beneficencia: Garantía que no sufrirán daño: Esto se refiere a que los participantes no serán expuestos a experiencias que les provoque incomodidad, para ello el instrumento será aplicado solo por el investigador.

Principio de respeto a la dignidad humana: Las participantes tendrán la libertad de participar en forma voluntaria, así como la libertad de retirarse en el momento que deseen.

Consentimiento informado: Se les informara que los datos obtenidos serán utilizados en forma confidencial y a la que solo tendrá acceso el investigador. Se incluirá un formulario de consentimiento, la cual documenta la participación voluntaria, después que recibieron una explicación completa sobre la investigación.

Principio de anonimato: Los datos fueron manejados en forma anónima solo para la investigación.

Principio de ética: Se respetara la integridad de los participantes sin interrumpir el procedimiento.

2.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION

Una vez obtenida la información se procedió a la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva con el promedio aritmético, los porcentajes y las frecuencias absolutas. Finalmente los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación se consideró el marco teórico. Para ello se empleó el programa SPSS versión 20.

3. RESULTADOS

Tabla N° 1 Edad de las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Bootstrap para Porcentaje ^a		
					Típico Error	Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
14 - 16 años	8	21,1	21,1	,0	6,7	7,9	34,2
17 - 20 años	9	23,7	44,7	-,1	7,2	10,5	39,4
21 - 25 años	6	15,8	60,5	,0	6,1	5,3	28,9
>30 años	15	39,5	100,0	,1	7,7	23,7	55,3
Total	38	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

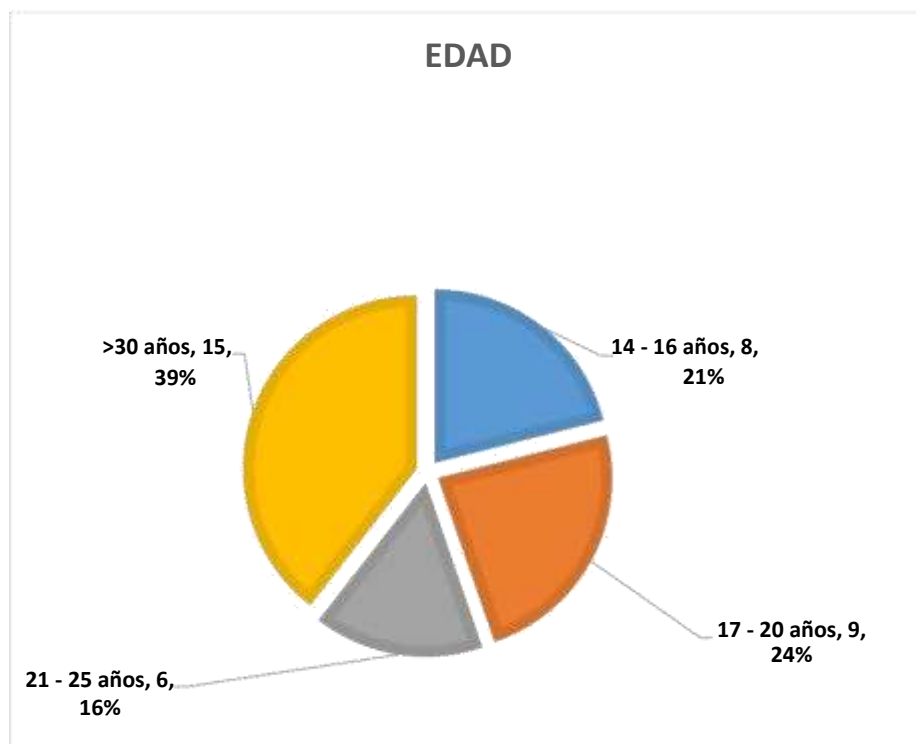


Figura N° 1 Edad de las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 2 Grado de Instrucción de las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a			
				Sesgo	Típico p. Error	Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
primaria	3	7,9	7,9	,0	4,4	0,0	18,4
incompleta							
primaria	3	7,9	15,8	,1	4,4	0,0	18,4
completa							
secundaria	18	47,4	63,2	-,3	8,2	31,6	63,2
incompleta							
secundaria	7	18,4	81,6	,0	6,4	5,3	31,6
completa							
superior	7	18,4	100,0	,3	6,3	7,9	31,6
Total	38	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

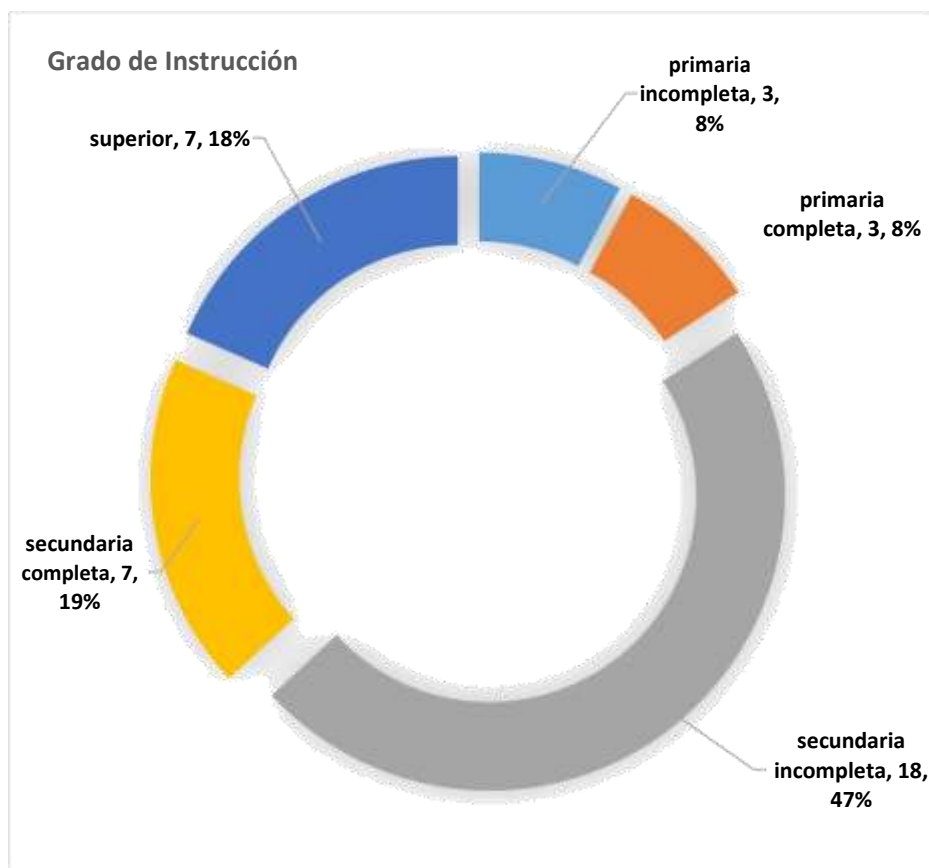


Figura N° 1 Grado de Instrucción de las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 3 Estado Civil de las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Bootstrap para Porcentaje ^a		
					Tí p. Error	Intervalo de confianza al 95% Inferior	Superior
Soltera	7	18,4	18,4	,0	6,2	7,9	31,6
Casada	6	15,8	34,2	,3	5,8	5,3	28,9
Conviviente	19	50,0	84,2	-,3	7,8	34,2	65,8
Divorciada	3	7,9	92,1	-,2	4,4	0,0	18,4
Viuda	3	7,9	100,0	,2	4,3	0,0	15,8
Total	38	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

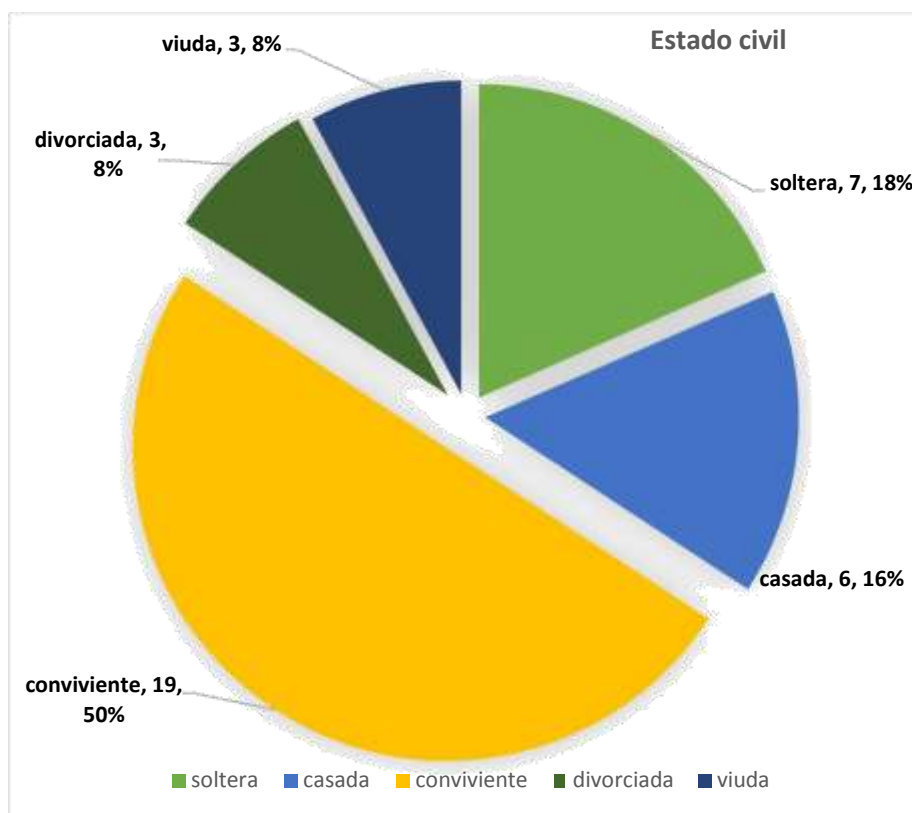


Figura N° 3 Estado Civil de las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 4 Ocupación de las madres de niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Bootstrap para Porcentaje ^a		
					Típ. Error	Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Comerciante	10	26,3	26,3	,0	7,2	13,2	42,1
ama de casa	23	60,5	86,8	-,2	8,0	44,7	76,3
profesional	5	13,2	100,0	,2	5,5	2,6	23,7
Total	38	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



Figura N° 4 Ocupación de las madres de niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 5 Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Bootstrap para Porcentaje ^a		
					Típico	Intervalo de confianza al 95%	
					Error	Inferior	Superior
Alto (> de 7 puntos)	22	57,9	57,9	-,1	8,6	42,1	76,3
Medio (4-6 puntos)	12	31,6	89,5	,1	7,9	15,8	47,4
Bajo (< 3 puntos)	4	10,5	100,0	,0	4,9	2,6	21,1
Total	38	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



Figura N° 5 Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 6 Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según Dimensión: medidas preventivas que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Bootstrap para Porcentaje ^a		
					Típico Error	Intervalo de confianza al 95% Inferior	Superior
Alto (> de 7 puntos)	22	57,9	57,9	-,1	8,6	42,1	76,3
Medio (4-6 puntos)	12	31,6	89,5	,1	7,9	15,8	47,4
Bajo(< 3 puntos)	4	10,5	100,0	,0	4,9	2,6	21,1
Total	38	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

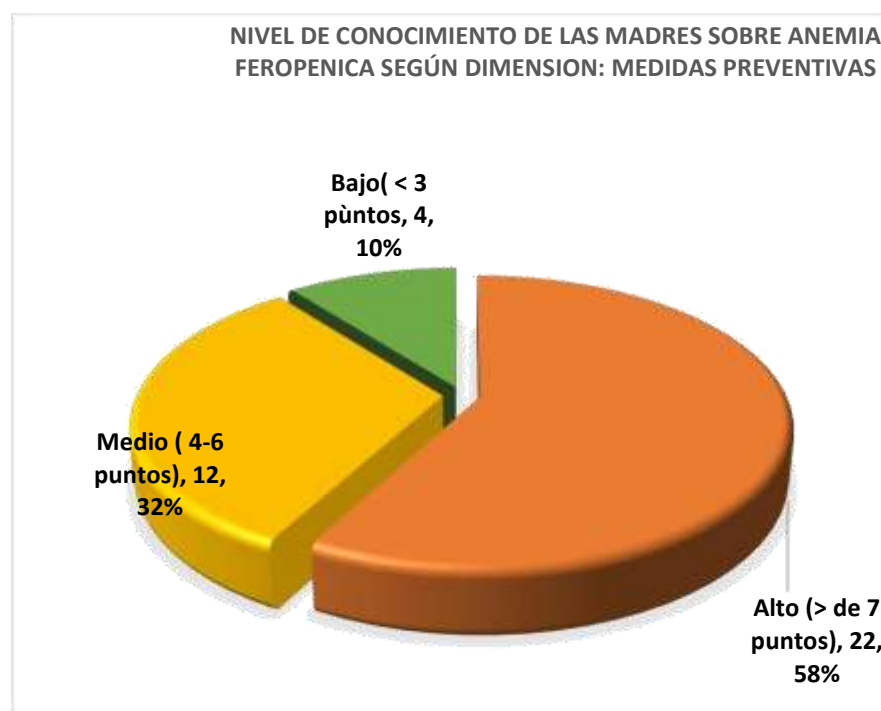


Figura N° 6 Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según Dimensión: medidas preventivas que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 7 Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según Dimensión: Diagnóstico y tratamiento que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a			
				Sesgo	Típico Error	Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Alto (4 puntos)	14	36,8	36,8	-,2	7,9	21,1	52,6
Medio (2 puntos)	22	57,9	94,7	,1	8,2	42,1	73,7
Bajo(0 puntos)	2	5,3	100,0	,1	3,7	0,0	13,2
Total	38	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

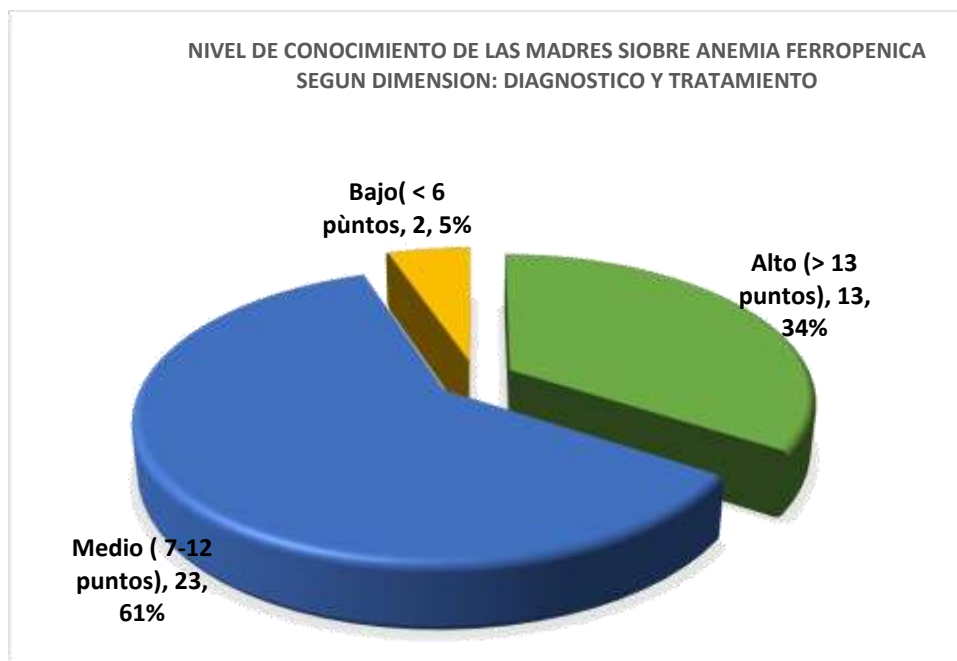
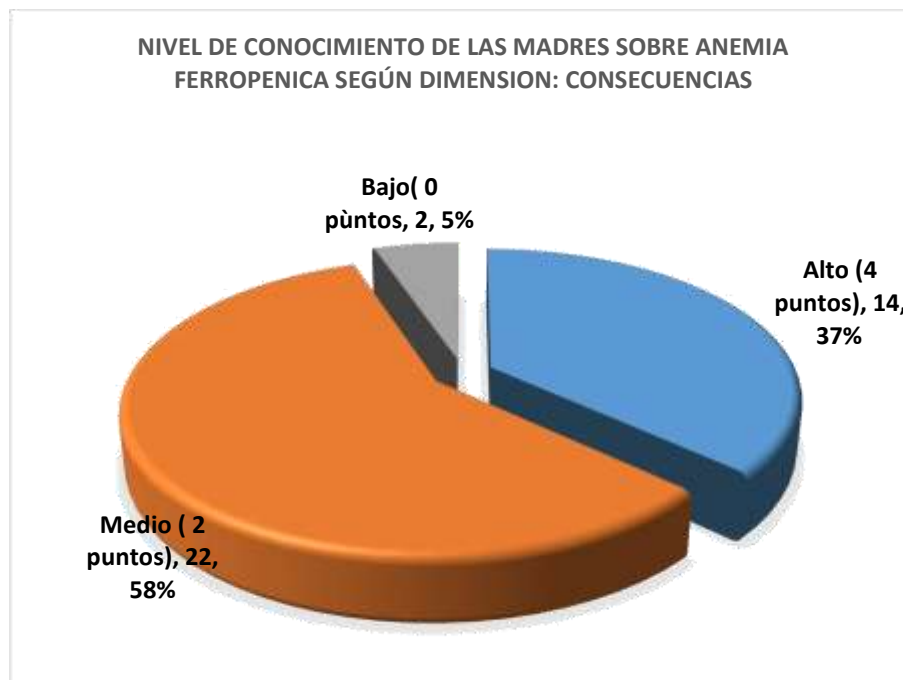


Figura N° 7 Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según Dimensión: Diagnóstico y tratamiento que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 8 Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según Dimensión: Consecuencias que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a			
				Sesgo	Típico Error	Intervalo de confianza al 95%	
						Inferior	Superior
Alto (> 13 puntos)	13	34,2	34,2	,2	7,6	18,5	50,0
Medio (7-12 puntos)	23	60,5	94,7	-,2	7,9	44,7	76,3
Bajo(< 6 puntos)	2	5,3	100,0	,0	3,6	0,0	13,2
Total	38	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



**Figura N° 8 Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según Dimensión:
Consecuencias que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que
acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre
2016 – abril 2017**

Tabla N° 9 Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según Dimensiones que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Nivel de conocimiento	Dimensiones					
	medidas preventivas		Diagnóstico y tratamiento		Consecuencias	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	22	57,9	13	34,2	14	36,8
Medio	12	31,6	23	60,5	22	57,9
Bajo	4	10,5	2	5,3	2	5,3
Total	38	100,0	38	100,0	38	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

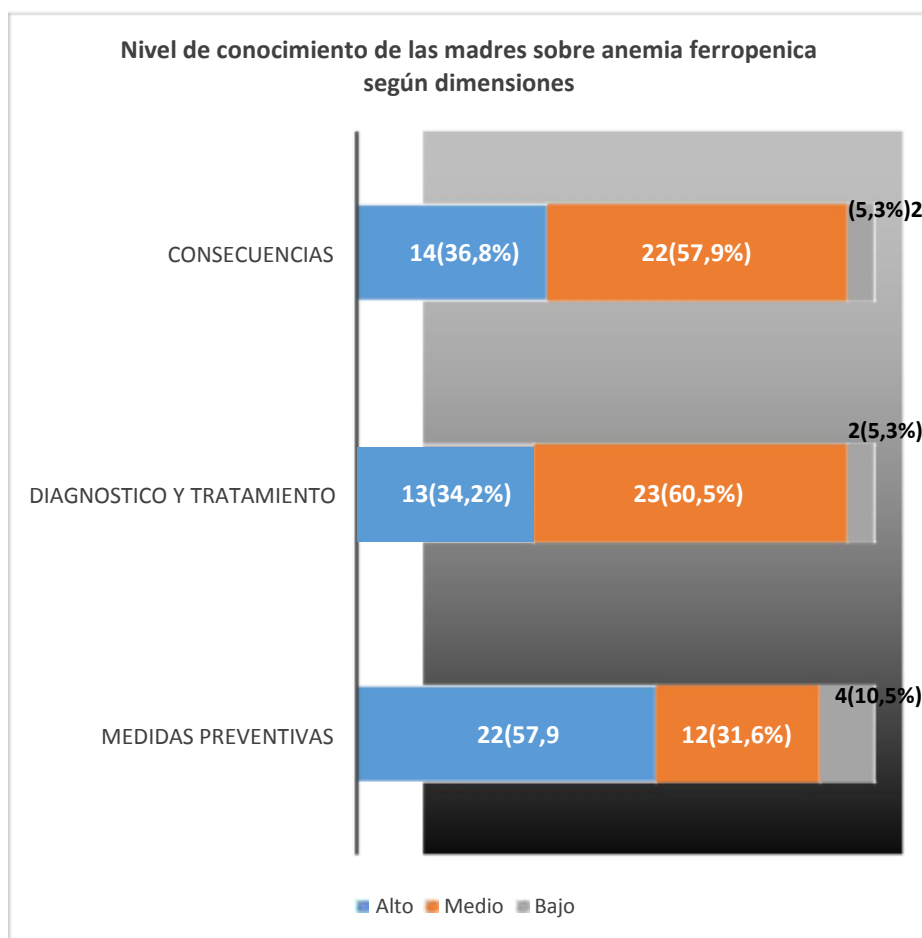


Figura N° 9 Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según Dimensiones que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 10 Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según edad que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Edad	Nivel de conocimiento de las madres sobre anemia ferropénica		
	en niños de 6 a 24 meses		Total
	Alto (22 - 32 puntos)	Medio (11- 21 puntos)	
14 - 16 años	2	6	8
	5,3%	15,8%	21,1%
17 - 20 años	1	8	9
	2,6%	21,1%	23,7%
21 - 25 años	5	1	6
	13,2%	2,6%	15,8%
>30 años	13	2	15
	34,2%	5,3%	39,5%
Total	21	17	38
	55,3%	44,7%	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,956 ^a	3	,000
Razón de verosimilitudes	19,794	3	,000
Asociación lineal por lineal	13,502	1	,000
N de casos válidos	38		
a. 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,68.			

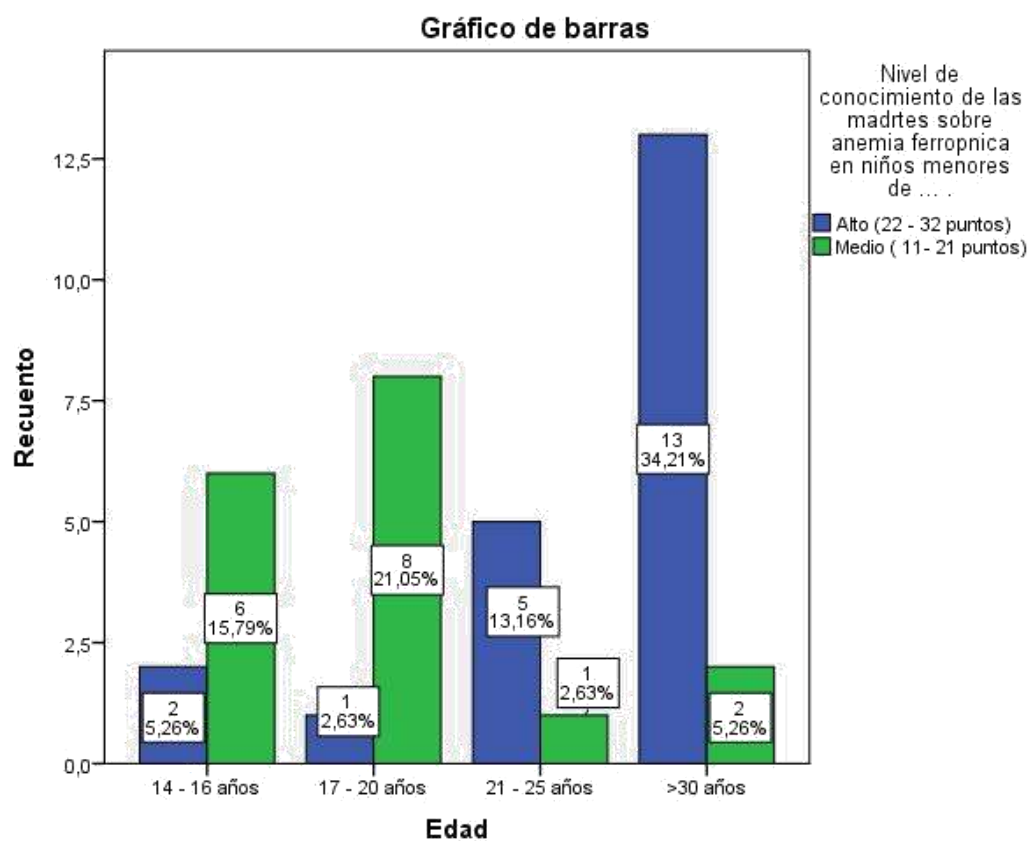


Figura N° 10 Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según edad que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Tabla N° 11 Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según grado de instrucción que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

Grado de instrucción	Nivel de conocimiento de las madres sobre anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses		
	Total		
	Alto (22 - 32 puntos)	Medio (11- 21 puntos)	
primaria	1	2	3
incompleta	2,6%	5,3%	7,9%
primaria completa	2	1	3
	5,3%	2,6%	7,9%
secundaria	5	13	18
incompleta	13,2%	34,2%	47,4%
secundaria	6	1	7
completa	15,8%	2,6%	18,4%
Superior	7	0	7
	18,4%	0,0%	18,4%
Total	21	17	38
	55,3%	44,7%	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,534 ^a	4	,006
Razón de verosimilitudes	17,607	4	,001
Asociación lineal por lineal	7,480	1	,006
N de casos válidos	38		
a. 8 casillas (80,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,34.			

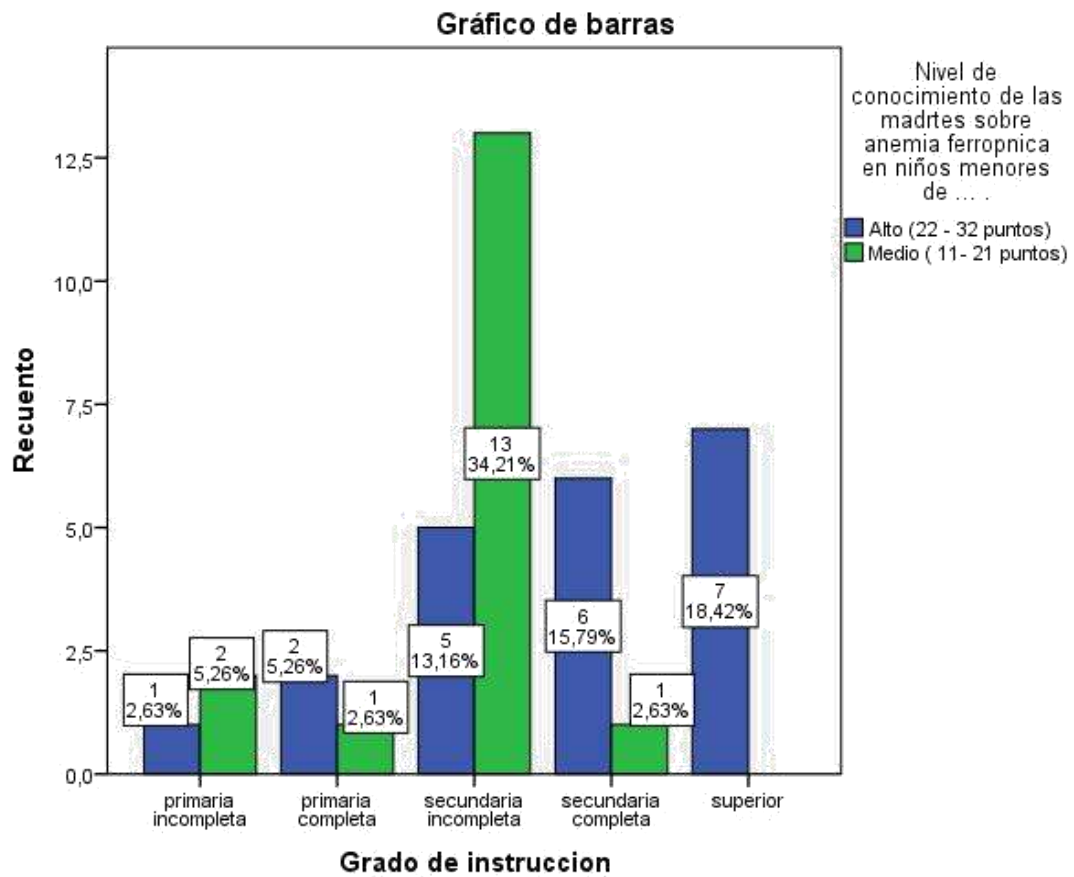


Figura N° 11 Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica según grado de instrucción que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve de Octubre, Sullana diciembre 2016 – abril 2017

4. ANALISIS Y DISCUSIÓN

La población en estudio, el 39,5% tienen más de 30 años de edad, el grado de instrucción el 47,4% tienen secundaria incompleta, el 18,4% la mitad son convivientes y son amas de casa.

El nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad, es alto el 57,9%, medio el 31,6% y bajo.

De acuerdo a las dimensiones el nivel de conocimiento sobre anemia tenemos: Dimensión medidas preventivas el 57,9% es alto, el 31,6% medio y el 10,5% bajo.

Dimensión Diagnóstico y tratamiento, el 57,9% es medio, el 36,8% alto y el 5,3% bajo.

Dimensión consecuencias de la anemia el 60,5% medio, el 34,2% alto y el 5,3% bajo.

Los resultados del presente estudio, donde se obtiene un nivel de conocimiento de alto a medio al contrastarlo con los mencionados en antecedentes, podemos ver que difiere sobre el nivel de conocimiento con Pérez Ramos Lisbeth (2015), respecto al diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica el 61,1 % tuvieron un conocimiento de nivel bajo. En conclusión la mayoría de las madres tienen un conocimiento de nivel bajo sobre la anemia ferropénica. Céspedes S. (2010) obtuvo que el 40% de las madres presentan un conocimiento "medio" sobre la anemia ferropénica, 31% (31) un conocimiento "bajo" y el 29 % (29) que presenta un conocimiento "alto". En relación a las causas de la anemia el 42 % (42) sabe que era por el consumo de pocos alimentos ricos en hierro y el 58% (58) no saben. Márquez L. (2008). Los resultados fueron, tienen un conocimiento medio sobre las medidas preventivas de la anemia, exponiendo a sus hijos a esta enfermedad debido a la desentonación para prevenirla.

En relación al nivel de conocimiento que puedan tener las madres con respecto a la anemia ferropénica es de vital importancia porque la enfermera que trabaja en el primer nivel de atención asume el liderazgo de las actividades preventivos promocionales, brindando un cuidado integral al niño a través del paquete de atención integral por etapas de vida, siendo ella responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones y del componente de CRED, en tal sentido la labor de la enfermera está centrado en la importancia de la educación alimentaria, nutricional y prevención de la anemia ferropénica; promoviendo el consumo de alimentos de alto valor nutritivo como el hierro, de fácil accesibilidad, así como potenciar el nivel cultural de la población a fin de que estos asuman un rol consciente y responsable acorde a su realidad.

El profesional de enfermería tiene la obligación de identificar el nivel de información que poseen las madres o padres a fin de tomar la decisión de implementar actividades educativas orientadas a promover el aprendizaje, utilizando para ello metodologías educativas innovadoras que permitan a las madres construir el conocimiento sobre la salud en este caso la anemia ferropénica que afecta a los niños. La teoría de educar lo respalda la OMS defiende que las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La población en estudio, el 39,5% tienen más de 30 años de edad, el grado de instrucción el 47,4% tienen secundaria incompleta, el 18,4% la mitad son convivientes y son amas de casa,

El nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica que tienen las madres de niños de 6 a 24 meses de edad, es alto el 57,9%; medio el 31,6% y bajo.

De acuerdo a las dimensiones el nivel de conocimiento sobre anemia tenemos: Dimensión medidas preventivas el 57,9% es alto, el 31,6% medio y el 10,5% bajo. Dimensión Diagnóstico y tratamiento, el 57,9% es medio; el 36,8% alto y el 5,3% bajo. Dimensión consecuencias de la anemia el 60,5% medio; el 34,2% alto y el 5,3% bajo.

Las variables guardan relación entre sí, según la prueba estadística de chi cuadrado alcanzando una frecuencia inferior a cinco.

Según la hipótesis planteada, no guarda relación con los obtenidos que son de alto a medio.

5.2 RECOMENDACIONES

Que enfermería fortalezca las acciones educativas acerca de la Prevención y Consecuencias de la Anemia Ferropénica a través la Promoción y Prevención orientado a las madres que asisten al Centro de Salud en general.

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a Dios quien me guía por el buen camino, por darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentan día a día, enseñándome a enfrentar las adversidades sin perder nunca la dignidad y no desfallecer en el intento.

A mis padres quienes por ellos soy lo que soy; por su apoyo, consejos, comprensión y amor incondicional y ayuda en los momentos difíciles, por darme todo lo que soy como persona; mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia y coraje para conseguir mis objetivos

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a la Universidad San Pedro por permitirme formar parte de ella y abrirme sus puertas de su ceno científico para poder estudiar mi carrera elegida, así también agradecer a los diferentes docentes que me brindaron de sus conocimientos y apoyo para seguir adelante día a día.

Agradezco también a mis compañeras de clase ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral han aportado en un alto porcentaje mis ganas de seguir adelante en mi carrera profesional.

REFERENCIAS

- Abarca, R. (2010) *Conocimientos, dimensiones Valer*. Disponible en: <http://www.ucsm.edu.pe/rabarcaf/auto%20evaluacion%20evaluacion%20diapositiva%20ConoCienc%20+++ppt>. Acceso el 09/01/17
- Alcaraz, L. (2006). *Anemia y anemia por déficit de hierro en niños menores de cinco años y su relación con el consumo de hierro en la alimentación*. Turbo, Antioquia-Colombia. Investigación y educación en enfermería. Facultad de enfermería, universidad de Antioquia.
- Alcázar, L. (2012). *Impacto económico de la anemia en el Perú*.
- Baiocchi, N. (2006). *Anemia por deficiencia de hierro*. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v59n3/pdf/a04.pdf> Acceso el 14/01/17
- Bustamante, C. (2008). *Plan regional concertado de salud amazonas*. 2008-2021. Chachapoyas. 1 a Edición.
- Canales, F. y Alvarado, E. (2008). *Metodología de la investigación científica*
- Caro, C. (2012) *Teoría Dorothea Orem*. Disponible en: <http://teoríasdeenfermeríaun.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html>. Acceso el 14/01/17.
- Castañeda, C. (2014). *Sólo 33% de niños consumen micronutrientes contra anemia por desconocimiento de sus padres*. Disponible en: <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-mala-alimentacion-ydesconocimiento-provocan-anemia-4-cada-10-infantes-524497.aspx>. Acceso el 12/01/17. Lima.
- Céspedes, S. (2010). *Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantil tablada de Lurín 2010*. Lima. Tesis

obtención de la licenciatura en enfermería. Facultad de medicina humana, universidad nacional mayor de san marcos.

Cisneros, G. (2002). *Fundamentación teórica*. Disponible en: [http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blancaldocumentos/Fundamentación teorica.PDF](http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/embarazo/blancaldocumentos/Fundamentación%20teorica.PDF). Acceso el 16/01/17.

Espinoza, T. (2005). *Relación entre Prevalencia de Desnutrición y Anemia Ferropénica en Menores de 14 años de la Comunidad Santa María Baja, Carapongo, Chosica. Perú.*

Hernández, S. (2010). *Metodología de la investigación* 5° edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana S.A. de C.V. México.<http://www.ins.gob.pe/repositorioaps>. Acceso el 16/01/17.

Manrique, C. (2011). *Efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre la prevención de anemia ferropénica en los cuidadores de niños de 12-36 meses que asisten al programa "Sala de educación temprana". Lima-cercado*. Tesis para la obtención de la licenciatura en enfermería. Facultad de medicina humana, universidad nacional mayor de san marcos.

Márquez, L. (2008). *Nivel de conocimiento sobre la anemia ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al centro de salud Micaela bastidas. Lima*. Tesis obtención de la licenciatura en enfermería. Facultad de medicina humana, universidad nacional mayor de san marcos.

Ministerio de Salud (MINSA), (2011). *Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y El niño menor de cinco años*. Disponible en: [http://www.midis.gob.pe/dgsye/data 1/files/enic/eje2/estudioinvestigacion/NT _ CRED _ MINSA20 11. pdf](http://www.midis.gob.pe/dgsye/data%201/files/enic/eje2/estudioinvestigacion/NT_CRED_MINSA2011.pdf) Acceso el 18/01/17. Lima.

Ministerio de Salud (MINSA), (2015). *Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños ya adolescentes en el establecimiento de salud del primer nivel de atención*. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM028-2015-MINSA_guia.pdf Acceso el 15/01/17. Lima.

Rebosio, J. (2003). *Anemia por Deficiencia de Hierro en niños de 6-24 m y en escolares de 6-12 años de edad Guantánamo Cuba*.

ANEXOS

Anexo A

UNIVERSIDAD SAN PEDRO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

I. PRESENTACIÓN:

El presente instrumento es parte del estudio de investigación titulado: Conocimiento sobre anemia ferropénica que tienen las madres de niños/as de 6 meses a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve Octubre, Sullana diciembre 2016 - abril 2017. Responda por favor con mucha sinceridad y veracidad los siguientes ítems, ya que esto permitirá cumplir los objetivos de la investigación.

II. INTRODUCCIÓN:

A continuación se presentan una serie de ítems relacionados con el tema, llenar los espacios en blanco y marcar con un aspa (x) donde corresponde.

A. DATOS GENERALES.

- **Edad**

14-16años () 17-20años () 21- 25años () >30años ()

- **Fecha de nacimiento de su niño:.....**

- **Grado de instrucción:.....**

- **Estado civil**

a. Soltera b. Casada c. Conviviente
d. Divorciada e. Viuda

- **Ocupación de la madre**

a. Comerciante b. Ama de casa c. Profesional d. Otros.....

B. CUESTIONARIO

1. ¿Según usted qué es la anemia?

- a. Es una enfermedad infecciosa y contagiosa.
- b. Es una enfermedad donde el niño se pone muy flaco.

c. Es una enfermedad en la que disminuye la hemoglobina de la sangre.

2. ¿Cuál es el alimento ideal que Ud. daría a un niño durante los 6 primeros meses para evitar la anemia? y ¿Por qué?

	Hace crecer	Evite que se enferme	Aporta todos los nutrientes	Hace engordar	Favorece la relación
Leche de vaca					
Leche evaporada					
Leche materna					

3. ¿Qué otros alimentos daría usted a un niño después de los 6 meses? a. Papillas espesas.

b. Sopas –caldos

c. Solo leche materna

4. ¿Cuántas veces al día se le da de comer a un niño mayor de 6 meses- 1 año? a. Dos veces al día

b. Tres veces al día

c. Cinco veces al día

5. ¿Cuál de los siguientes alimentos se debe dar a los niños y con qué frecuencia?

	1 vez por semana	2 vez por semana	3 vez por semana	A veces	Nunca
Lenteja					
Habas					
Quinoa					
Espinaca					
Perejil					

Frejol					
Pescado					
Sangrecita					
Pollo					
Mariscos					

6. ¿Conoce usted qué alimentos están aumentados en hierro? a. Hígado de pollo.

b. Arroz.

c. Azúcar

d. Sémola

7. ¿Para usted cuál de los niños está con más riesgo a sufrir de anemia? a. Un bebe de 9 meses.

b. Un bebe prematuro y de bajo peso al nacer.

c. Un bebe alimentado con leche materna.

8. ¿Un niño que sufre de anemia, presenta la piel de color:

a. Rosada.

b. Pálida

c. Azulada

9. ¿Sabe usted a qué lugar se debe acudir cuando un niño está enfermo de

anemia? a. Llevándolo al consultorio médico, control de crecimiento y desarrollo.

b. Consultando en la farmacia.

c. Consultando a la abuelita.

10. ¿Qué prueba para confirmar el diagnóstico de la anemia conoce usted?

a. Prueba de colesterol.

b. Prueba de glucosa.

c. Prueba de hemoglobina y hematocrito

11. ¿Cuál es la causa de la anemia en los niños?

a. Comer escasos alimentos ricos en grasa.

- b. Comer escasos alimentos ricos en dulces.
- c. Comer escasos alimentos ricos en hierro

12. ¿Cuál de las siguientes medicinas sirven para el tratamiento de la anemia? a. Calcio

- b. Vitaminas
- c. Sulfato ferroso

13. Algunos efectos qué podría observar al tomar preparados de hierro son: a. Dolor de estómago, náuseas, diarreas.

- b. Dolor de cabeza, mareos. c.
- Sudor, subida de la presión.

14. ¿Conoce usted que el jugo de naranja ayuda a aprovechar el hierro de los alimentos vegetales o verduras?

SI () NO ()

15. ¿Los niños con anemia se enferman también de: a. Palpitaciones.

- b. Diarreas y neumonía
- c. Náuseas

16. ¿Sabe usted cómo afecta la anemia en el crecimiento y desarrollo del niño?

Se demoran en crecer	SI	NO
Se demoran en subir de peso	SI	NO
Se demoran en ponerse de pie	SI	NO
Se demoran en caminar	SI	NO
Se demoran en hablar	SI	NO
Disminuye la atención	SI	NO
Disminuye el rendimiento escolar	SI	NO

Gracias por su colaboración.

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulado "Conocimiento sobre anemia ferropénica que tienen las madres de niños/as de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Nueve Octubre, Sullana diciembre 2016-abril 2017". Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos; y confiando plenamente en que la información que se vierta en el cuestionario será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que el investigador utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome de la misma confidencialidad.

Participante

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada madre de familia:

La investigadora del estudio, al que usted ha manifestado su aceptación de participar, luego de darle su consentimiento informado, se compromete a guardar la misma confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán a su persona en lo absoluto.

Atte:

Panta Bruno, Amanda Gabriela.

Autora del estudio